

Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése

Planning behavior change interventions tailored to healthstyles

Szerzők: Járomi Éva✉, Szűcs Erzsébet, Vitrai József
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.24.

Összefoglaló: *Háttér:* Hazánkban és a nemzetközi gyakorlatban egyaránt megfigyelhető, hogy az egészségmagatartás megváltoztatását célzó beavatkozások legtöbbször nem érik el céljukat, nem bizonyulnak hatásosnak. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a viselkedést többnyire csupán egyetlen ágazat, egyetlen színterén, egyetlen beavatkozás által igyekeznek megváltoztatni, figyelmen kívül hagyva a feladat komplexitását, a viselkedés társadalmi, gazdasági és egyéb környezeti bélyegzettségét. Másfajta megközelítést tesznek lehetővé a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2015-ben megvalósított Egészségstílus Felmérésének eredményei, hiszen a felnőtt és iskolás korosztály körében azonosított egészségstílusokhoz illesztett beavatkozásokra kínálnak lehetőséget. A közlemény célja annak bemutatása, hogy milyen módszer lehet célravezető az egészségstílusokhoz illesztett beavatkozások azonosításához. *Módszer:* A módszertan kidolgozásához a célcsoportot a felmérés alapján azonosított korosztályok közül az 5. évfolyamos tanulók lehangolt, nem motivált, külső örömforrásokat keresők csoportja alkotta. A befolyásolni kívánt viselkedés pedig a gyakori szénsavas üdítőital, egészségtelen ételek fogyasztása volt. Az alkalmazott módszer pedig a „Viselkedésváltoztatás kereké” és az annak alapjául szolgáló COM-B modell, mely utóbbit a szerzők – újszerű módon – a célcsoport viselkedését befolyásoló egyéb társadalmi szereplők viselkedését meghatározó tényezők azonosítására is alkalmazták. *Eredmények:* A fenti módszertan alkalmazásával a kiválasztott célcsoporthoz a szerzők azonosították a viselkedést előidéző és determináló problémákat, az ehhez illeszthető beavatkozásokat, és a hozzájuk kapcsolódó színtereket, valamint a különböző társadalmi szereplőknek a megvalósításban elvárt funkcióit. *Következtetések:* A szerzők által javasolt módszertannal komplex, több szintű és több társadalmi szereplő bevonásával hatásosnak ígérkező beavatkozások jelölhetők ki. A módszertan hatásosságának igazolása további hatásvizsgálatokat igényel.

Kulcsszavak: viselkedésváltoztatás, egészségstílus, egészségfejlesztés, beavatkozás, felmérés

Summary: *Background:* Both in Hungary and in the international practice, it can be observed that interventions which aim to change health behavior do not reach their goal and do not seem to be effective in most of the cases. One possible reason can be that the behavior is tried to change mostly by a single intervention, only in one setting of a sector without considering the complexity of the task and the embedded nature of the behavior in socio-economic and physical environment. A different approach has been offered by the results of the Healthstyle Survey implemented in 2015 by the National Institute for Health Development, since they offer an opportunity for applying interventions tailored to healthstyles identified among adults and school-age children. The aim of this paper is to present a method which may be useful to identify healthstyles matched interventions. *Method:* 5th grade depressed, not motivated, and sensation seeking students were selected as a target group to demonstrate the method of selecting interventions tailored to healthstyles. The behavior to be change was frequent soda and junk food consumption

(i.e. unhealthy eating habits). The method was based on the „Behavior Change Wheel” from the COM-B model. As a novel approach we also applied these models to identify determinants of those social actors’ behavior who probably affect the target group’s behavior. *Results:* By using this methodology, the authors identified the generating and sustaining factors of behavior, the matching interventions, levels, and the required functions of the different social actors in the implementation. *Conclusions:* Applying the methodology proposed by the authors promises more effective interventions which are complex, multi-level, and involve all the main social actors. In order to proof the efficacy of the methodology, the interventions identified by this methodology need impact assessments in the future.

Keywords: behavior change, healthstyle, health promotion, intervention, survey

HÁTTÉR

Magyarország lakosságának egészségi állapota rosszabb, mint ami a gazdasági fejlettsége alapján várható lenne. A születéskor várható élettartam folyamatosan növekszik, azonban még ennek ellenére is rövidebb, mint az Európai Unióhoz vele egy időben csatlakozott országok (EU13) átlaga. A halálzási adatokat vizsgálva látható, hogy az összhalalozás ötödét képező iszkémiás szívbetegség 2005 óta történt 21%-os csökkenése ellenére 2013-ban a halalozás az EU13 átlagánál közel másfélszer magasabb volt. Az összes halalozás negyedét kitevő rosszindulatú daganatok prevalenciája pedig 25%-kal volt nagyobb Magyarországon, mint az EU13-ban. A lakosság rossz egészségi állapotának gazdasági következményei igen jelentősek: a fenti megbetegedések okozta egészségveszteségek becsült költsége 2010-ben Magyarországon mintegy 2 000 milliárd forint volt, amely a GDP több mint 7%-át tette ki. Az Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményei szerint a lakosság nagy részére jellemző az egészségtelen életmód, úgy, mint helytelen táplálkozás, mozgáshiány, dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás.¹

Hazánkban és a nemzetközi gyakorlatban egyaránt megfigyelhető, hogy az egészségmagatartás megváltoztatását célzó beavatkozások gyakran nem érik el céljukat, ily módon megkérdőjelezve azok hatékonyságát. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozásokat többnyire csupán egyetlen ágazat, egyetlen színterén, egyetlen beavatkozás által igyekeznek megváltoztatni, figyelmen kívül hagyva annak komplexitását, társadalmi, gazdasági és egyéb környezeti beágyazottságát.

A hazánkra jellemző egészségtelen szokások meg-

változtatása érdekében hatékony beavatkozásokra van szükség, ezért nélkülözhetetlen a különböző célcsoportok azonosítása és az egészségmagatartás megváltoztatása szempontjából fontos jellemzők megismerése.

A 2015-ben végzett Egészségkommunikációs Felmérés (EKF) alapvető célkitűzése a magyar lakosság körében hasonló egészségstílusú személyek csoportjainak azonosítása volt, annak érdekében, hogy a csoportok sajátosságaihoz illesztett beavatkozásokkal az egészségmagatartás hatékony megváltoztatása lehetővé váljon. A tanulókat és a felnőtt lakosságot célzó felmérés kérdőíveit egy multidiszciplináris szakértői csoport dolgozta ki a releváns szakirodalom áttekintését követően. Az irodalomkutatás fókuszában a viselkedést befolyásoló ún. COM-B modellben szereplő tényezőkre vonatkozó kérdések álltak. A fenti modellhez illeszkedő, másoktól átvett vagy adaptált kérdések mellett további kérdések kidolgozására is sor került egyes hiányzó résztémák lefedése érdekében.² A viselkedésváltoztatást célzó beavatkozások jelentős része célzott kommunikációt is tartalmaz, ezért az egészségmagatartáson belül a kommunikációs szokásokat részletesebben vizsgálták. A kidolgozott kérdőíveket egy országos szakmai fórumon mutatták be és vitatták meg, majd az elhangzott észrevételek figyelembevételével a kérdőíveket módosították.³

Az iskolai adatfelvétel során a mintába került és szülői beegyezéssel rendelkező tanulók egy-egy tanóra keretében töltötték ki az önkitöltős kérdőívet. Összesen 2 326 fő 5., 2 363 fő 7. és 2 745 fő 9. osztályos tanuló – 450 iskolában évfolyamonkénti egy-egy osztály szisztematikus véletlen kiválasztása útján – töltötte ki érvényesen a kérdéssort. (A válaszadási arány 69%, 77%, 67% volt körükben.) A felnőtt-

tek körében végzett többlépcsős, rétegzett eljárással készült mintavételi módszeren alapuló adatgyűjtés során 5 498 fővel készült elemzésre használható kérdőívfelvétel (ez 55%-os válaszadási aránynak felel meg). A rétegzés a főbb demográfiai dimenziókat figyelembe véve (nem, kor, településtípus és földrajzi elhelyezkedés) történt. A felnőttek felmérését tapasztalt kérdezők végezték otthonukban felkeresve a mintába került személyeket, és az interjú során kapott válaszok alapján a kérdezők töltötték ki a papíralapú kérdőívet.

A felmérés eredményei így módon a felnőtt és iskolás korosztály körében azonosított egészségstílusokból leképezett csoportok egyes viselkedési mintázataira irányuló célzott beavatkozásra nyújtanak lehetőséget. Az 5. és a 9. osztályosok körében 5, a felnőtteknél 13 egészségstílust azonosítottak. A 7. osztályosokat azonban nem sikerült megbízhatóan csoportosítani a COM-B modell alapján.

A közlemény célja annak megvizsgálása, hogy a fenti kutatás eredményei alapján egy adott egészségstílussal jellemzett csoport viselkedésének megváltoztatására a népegészségügyi szakembereknek milyen, a korábbiaknál hatásosabb beavatkozási módszereket célszerű választani.

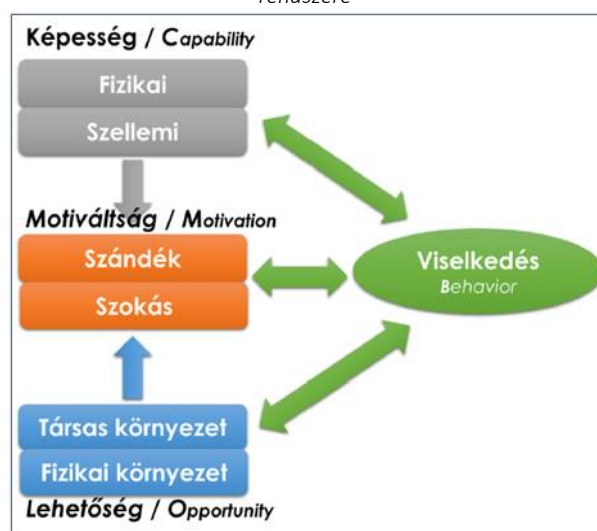
MÓDSZEREK

A célcsoport kiválasztásánál a szerzők figyelembe vették, hogy nagyobb hatás várható, ha fiatalabb korban történik beavatkozás, és az 5. osztályos tanulók közül a legkedvezőtlenebb egészségmagatartással rendelkezők csoportjának kiválasztása mellett döntöttek. Így módon a közleményben a vizsgált célcsoportot az EKF eredményeiben azonosított egészségstílusok közül az 5. évfolyamos tanulók lehangolt, nem motivált, deprimált, külső örömforrásokat kereső tulajdonságokkal rendelkezők csoportja (a továbbiakban 1. csoport) alkotta. A kiválasztott, befolyásolni kívánt viselkedéseket pedig a gyakori szénsavas üdítőitalok (pl. kóla, energiatital), egészségtelen ételek (pl. chips, gyorséttermi ételek) fogyasztása (továbbiakban egészségtelen táplálkozás) képezte. Az alkalmazott módszer a Viselkedésváltoztatás kereke⁴ és az annak alapjául szolgáló – a viselkedés-változtatásra irányuló pszichológiai modellek szintéziséen alapuló – COM-B modell, valamint

az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló alkotta.¹

A fent bemutatott felmérés és a közlemény viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezésének kiindulópontja szerint az egészségmagatartást nem csupán az ismeretek, hanem az egyén és társas környezetének egészséggel kapcsolatos attitűdjei és hiedelmei, érték- és normarendszere, az egészségkultúra is befolyásolja. A COM-B modell szerint a képesség (Capability – pszichológiai, fizikai), a körülmények (Opportunity – szociális, anyagi), a motiváció (Motivation – szokások, szándék) együttesen befolyásolják a viselkedést (Behaviour) oly módon, hogy az egyrészt visszahat a befolyásoló tényezőkre, másrészt azok egymásra is hatnak. A 19 pszichológiai elméletet összegző, szakmai konszenzus alapján kidolgozott COM-B modell szerint a viselkedést először is a „Képesség”, azaz az egyénnek vagy a közösségnek a viselkedés megvalósításához szükséges testi és lelki készségek szabják meg. A „Motivációt” a cselekvést elindító tudatos döntések, szándékok és automatikusan adott válaszok, szokások alkotják. A cselekvés megvalósulását a „Körülmények”, azaz a fizikai, valamint a szociális-kulturális környezet is nagymértékben meghatározza. Megjegyzendő, hogy a modell szerint a viselkedés visszahat a három befolyásoló tényezőre, és azok egymásra is hatással vannak. [1. ábra]

1. ábra: COM-B modell: a viselkedést befolyásoló tényezők rendszere⁵



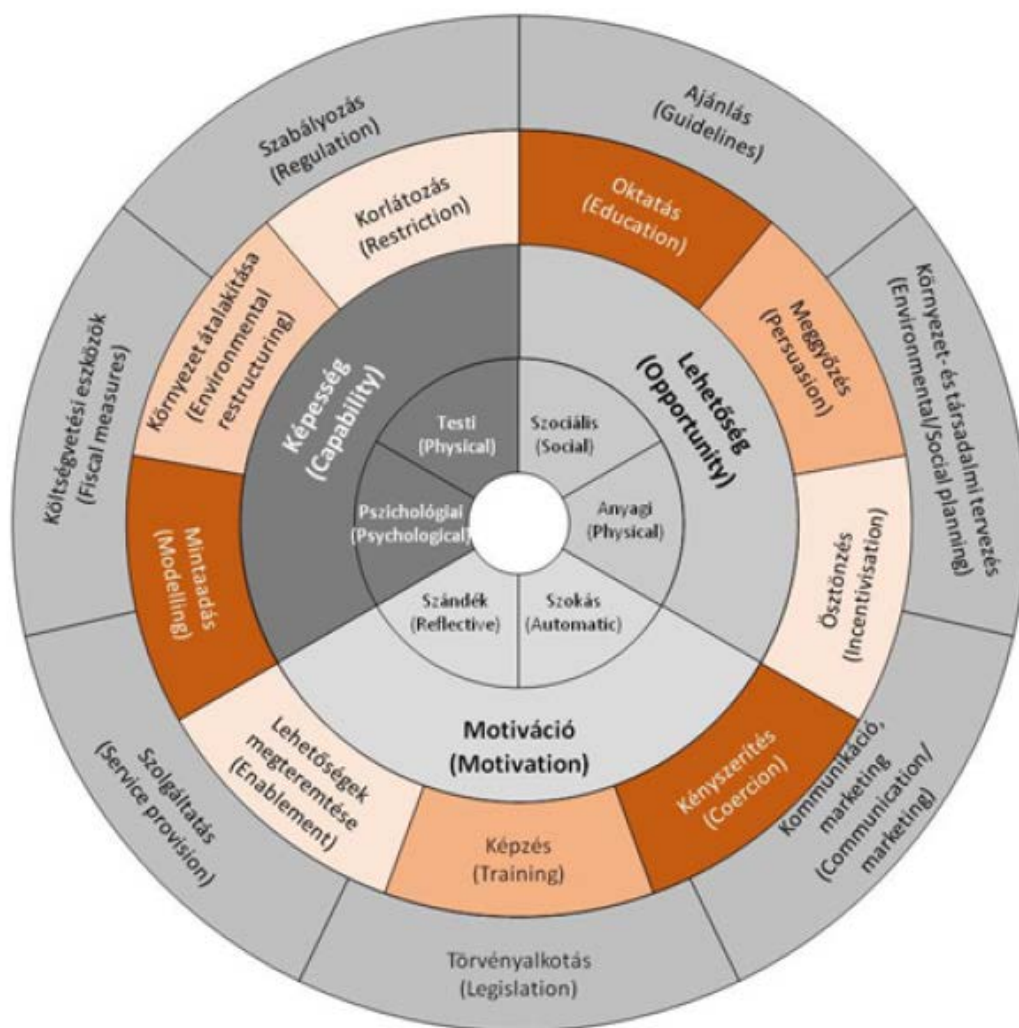
Forrás: Kimmel Zs., Vitrai J. (2015)

A viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezéséhez a szerzők alkalmazták a Michie és munkatársai által kidolgozott Viselkedésváltoztatás kereke modell, melynek alapját a COM-B modell tényezői alkotják. [2. ábra] A fenti tényezők jelentik a viselkedés megváltoztatásához szükséges modell „kerékének” középpontját. Ezeket kilenc intervenciótípus övezi, melyek célja ezen viselkedési minták befolyásolása. A viselkedési minták megváltoztatásával egyúttal az adott egyén és/vagy társadalom viselkedése is befolyásolhatóvá válhat a tudatos és nem tudatos – nem megfigyelhető – rétegek változásának eredményeképpen. A kerék középpontja körül hét szakpolitikai kategória található, melyek ezen beavatkozások megvalósulását befolyásolják és lehetővé teszik. Ez egy nem lineáris modell, egy viselkedési rendszer, amelyben – akárcsak a szakpolitikai

rétegen belül a funkciók és az intervenciók – a komponensek kölcsönhatásban állnak egymással. Annak érdekében, hogy az egyén és/vagy a társadalom egészséget befolyásoló viselkedése, egészségkultúrája pozitívan változzon, többféle intervencióval és többféle szakpolitikai irányból szükséges beavatkozni.⁶

A következő alkalmazott módszer az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatáshálónak az egészséges táplálkozás kormányzati és egyéb társadalmi szereplők általi támogatásának, szerepének lehetőségeit vizsgálja. Emellett az egészségbarát viselkedés kialakulásában szerepet játszó, a közöttük fennálló főbb kapcsolati irányokat és az azokat pozitív irányba befolyásolni képes hatásokat mutatja be egy ábra segítségével. [3. ábra]

2. ábra: A Viselkedésváltozás kereke modell⁴



Forrás: Michie S, et al (2011)

3. ábra: Egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló



Forrás: Csizmadia P. és mtsi (2014)

Az ábra megértéséhez elengedhetetlen az egészségbarát viselkedés kialakításában résztvevők pontosabb leírása. A kormányzat, törvényalkotás csoportjába nemcsak a központi szereplők, hanem a helyi önkormányzatok és képviselőtestületek is beleértendők. Az intézmények, szervezetek megnevezés főként az államigazgatási, egészségügyi, oktatási intézményeket, és non-profit szervezeteket fedi; a gyártók, termelők, forgalmazók, szolgáltatók (továbbiakban gazdasági szereplők) körébe pedig valamennyi hasonló tevékenységet végző csoport, tehát például az egészségügyi szolgáltatók is beleértendők. A média csoportja valamennyi, kommunikációs tevékenységet végző szereplő összefoglaló megnevezése. Az egyének, csoportok, fogyasztók magukba foglalják például a családot, lakóközösségeket, a munkahelyi- és vallási közösségeket is.

A bemutatott ábra szereplőinek együttes, egy időben, egy irányba ható interakciójával vélhetően rövid idő alatt is számottevő eredményeket lehet elérni az egészségbarát viselkedés kialakításában Magyarországon.⁷

A fent bemutatott modellek és eszközök szintetizálása, valamint annak továbbfejlesztése képezte a közleményben ismertetett viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozások tervezésének módszertani alapját a kiválasztott célcsoportra alkalmazva. A módszer újszerűsége abban rejlik, hogy míg a COM-B modellt az eredeti közleményben Michie és munkatársai az egyének és csoportok viselkedésének meghatározó tényezőire alkalmazták, jelen közlemény szerzői azonban kísérletet tesznek azt a fentebb ismertetett hatásháló társadalmi szereplőire is alkalmazni. A szerzők a viselkedés megváltoztatást

célzó beavatkozási irányok tervezését a Michie és munkatársai által összeállított, beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ mentén haladva, valamint azt továbbgondolva, a hatásháló rendszerében elhelyezve igyekeztek megvalósítani.

EREDMÉNYEK

A fent bemutatott módszertan alkalmazásával a szerzők a kiválasztott célcsoporthoz (5. osztályosok 1. csoportja) illesztve azonosították a viselkedésük jellemzőit, a viselkedést előidéző és determináló problémákat, az ehhez illeszthető beavatkozásokat, valamint a hozzájuk kapcsolódó színtereket és a különböző társadalmi szereplőknek a megvalósításban elvárt funkcióit. Ennek eredményeként a szerzők az 5. osztályos tanulók egészségtelenül táplálkozó csoportját, mint életstílust, valamint annak befolyásoló tényezőit helyezték fókuszba, kiegészítve olyan szemponttal, amely számba veszi, hogy milyen változtatásokra, beavatkozásokra van szükség a viselkedés megváltoztatásához, konkrét példákkal, beavatkozási javaslatokkal valamint a megvalósítók megjelölésével.

A célcsoport főbb jellemzői az egészségtelen táplálkozás, sok számítógép és televízió előtt eltöltött idő, az iskolához kapcsolódó negatív attitűd, melynek következtében nem szeretik az iskolához kötődő tevékenységeket és nem tartják hasznosnak az ott tanultakat. Az iskolával kapcsolatos negatív attitűd mellett a szülők alacsony társadalmi-gazdasági státusza és a faluhelyen lévő lakóhely is nehezíti a beavatkozás megfelelő színterének kiválasztását. A célcsoport egészségstílusát figyelembe véve a viselkedés megváltoztatását elősegítő beavatkozások tervezése szempontjából az iskola feltételezhetően megfelelőbb színtér lehet. Annak érdekében, hogy az iskolában megvalósuljon egészségfejlesztési programok elérjék céljukat, először a célcsoport iskolával szembeni negatív attitűdjét, iskolához fűződő viszonyát kell pozitívrá változtatni. Tehát olyan beavatkozások tervezésére van szükség, amelyek a tanulók számára az iskolában sikerélményt nyújtanak, növelik önbizalmukat.

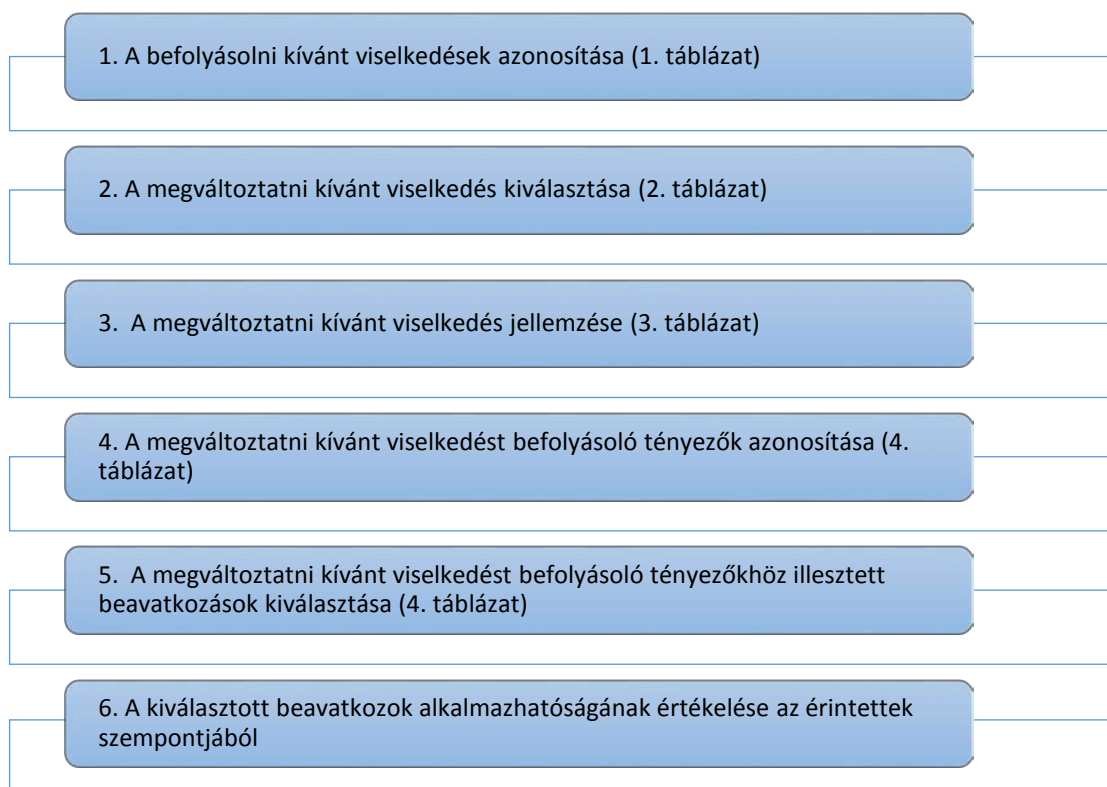
Fontos megjegyezni továbbá, hogy az 5. osztályos tanulók viselkedése – hasonlóan bármely más társadalmi csoportéhoz – mélyen beágyazott, nemcsak a

szülők, a család, hanem más társadalmi szereplők által alkotott tágabb környezetbe is. Ily módon belátható, hogy a tágabb környezet egészségbarát táplálkozást elősegítő viselkedése meghatározó lehet a célcsoport viselkedésére nézve. Emiatt a szerzők a hatáshálóban bemutatott társadalmi szereplők releváns viselkedését és az azt befolyásoló tényezőket is azonosították a COM-B modell alapján. Így tehát egyrészt a célcsoport, másrészt – az annak viselkedésére hatással lévő – társadalmi szereplők viselkedését módosító beavatkozások tervezésére mutatnak be módszertant. Már előjáróban szükséges hangsúlyozni, hogy a javasolt beavatkozások példa jellegűek, tehát semmiképp nem tekinthetők kizárólagosnak, másrészt megvalósításuk nyilvánvaló feltétele az érintettek bevonásával történő részletes kidolgozás.

A bemutatott módszerek segítségével a viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozások tervezési lépéseinek megalkotásakor a szerzők nagyban támaszkodtak a Viselkedésváltoztatás kereke elektronikus könyvében foglalt útmutatójára, illetve annak mellékletét képező munkafüzetre.⁸ A beavatkozások tervezéséhez a munkafüzet alapján kidolgozott viselkedésváltoztatási módszertan lépéseit a 4. ábra mutatja be. A lépések kidolgozásához az ábrán jelzett segédtablák nyújtanak segítséget.

Az 5. lépést, azaz a beavatkozások kiválasztásának lépését valamennyi társadalmi szereplő (a közintézmények és non-profit szervezetek, a gazdasági szereplők, a média, a kormányzat és a képviselőtestületek) viselkedésének megváltoztatására is alkalmazni szükséges. Azok ugyanis egyrészt közvetlen hatással vannak a vizsgált célcsoport viselkedésére, másrészt a többi társadalmi szereplőn keresztül közvetve is befolyásolják a célcsoport magatartását. A társadalmi szereplők viselkedését befolyásoló tényezők és annak megváltoztatására szolgáló beavatkozások a 4. táblázatban elkülönítve kerültek feltüntetésre. Ezt követően az egészségkockázatot jelentő viselkedések megváltoztatását célzó lehetséges beavatkozási irányok azonosítása történik.

4. ábra: A megváltoztatni kívánt viselkedést célzó beavatkozás tervezési lépései



Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ alapján, saját szerkesztés

A beavatkozások tervezésekor az első feladat a megváltoztatni szándékozott magatartás, a szintér és a közvetlenül érintettek körének meghatározása. [1. táblázat]
 A 2. segédtábla a beavatkozás hatásosságának előzetes értékelését teszi lehetővé, oly módon, hogy a tervezők a megváltoztatni szándékozott viselkedésekre egyenként, négy különböző szempontból, egy

1-4-ig terjedő skálán megbecsülik a várható hatást. Feltételezhetően annak a viselkedésnek a megváltoztatása a legígéretesebb, amelyik az értékelésben a legalacsonyabb pontszámot éri el. [2. táblázat]
 A következő lépés a fenti módszerrel kiválasztott, megváltoztatni kívánt viselkedés mélyrehatóbb jellemzése. [3. táblázat]

1. táblázat: Segédtábla a befolyásolni kívánt viselkedés kiválasztásához

A befolyásolni kívánt viselkedés megnevezése:	Egészségtelen táplálkozás, túlzott képernyőhasználat, könyvolvasás hiánya
Hol fordul elő ez a viselkedés?	Otthon, iskola
Milyen célcsoport körében fordul elő?	5. osztályos tanulók

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ alapján, saját szerkesztés

2. táblázat: Segéd tábla a megváltoztatni kívánt viselkedés kiválasztásához

A megváltoztatni kívánt lehetséges viselkedések listája	A viselkedésváltoztatás hatása (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)	A viselkedés megváltozásának valószínűsége (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)	Tovagyűrűző hatás (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)	Mérhetősége (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)
Egészségtelen ételek fogyasztása: (gyakori szénsavas üdítőital-, energiat-, chips-, gyorséttermi étel-, édességfogyasztás)	2	1	2	1
Televízió nézéssel, számítógépezéssel töltött idő számottevő	3	2	2	1
Könyvolvasás hiánya	2	2	1	2
A kiválasztott viselkedés	Egészségtelen ételek fogyasztása (gyakori szénsavas üdítőital-, energiat-, chips-, gyorséttermi étel-, édességfogyasztás)			

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ alapján, saját szerkesztés

3. táblázat: Segéd tábla a kiválasztott, megváltoztatni kívánt viselkedés jellemzésére

A kiválasztott, megváltoztatni kívánt viselkedés	Egészségtelen ételek fogyasztása: (gyakori szénsavas üdítőital-, energiat-, chips-, gyorséttermi étel-, édességfogyasztás)
Kiket érint a megváltoztatni kívánt viselkedés?	5. évfolyamos tanulók, szülők, iskola, kormányzati döntéshozók, gyártók, szolgáltatók
Milyen változtatásokra van szükség a kívánt viselkedés eléréséhez?	Ételkínálat javítása; egészségkockázatot jelentő ételek hozzáférhetőségének korlátozása; gyermekek és szüleik egészségesebb választásának ösztönzése
Mikor van szükség a megvalósításra?	Mindenkor
Hol kerülhet sor a megvalósításra?	Iskola, háztartás, közterület, élelmiszerüzletek
Milyen gyakran szükséges beavatkozni?	Állandó jelleggel
Kikre van szükség a megvalósításhoz?	Egyén, kortársak, szülők, tanárok, kormányzat, gyártók, szolgáltatók, intézmények, szervezetek, média

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ alapján, saját szerkesztés

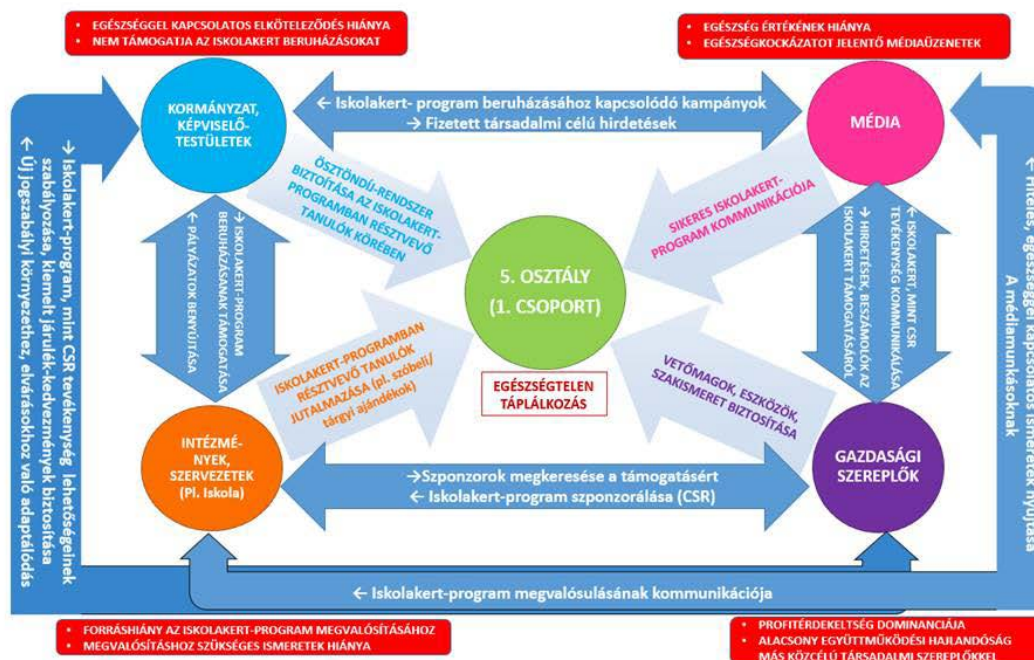
A 4. lépés során a célcsoportra és minden társadalmi szereplőre külön-külön, a COM-B modell alkalmazásával, meghatározzák a megváltoztatni kívánt viselkedésük befolyásoló tényezőit. Ezt követően az 5. lépésben egy konkrét beavatkozási példán keresztül a társadalmi szereplőket, mint befolyásoló tényezőket vizsgálják meg annak érdekében, hogy azonosítsák azokat az egészségkockázatot jelentő/támogató viselkedéseket, melyek a kiválasztott célcsoport egészségstílusát negatív irányba befolyásolják. [5. ábra: Az 5. osztály egészségtelen táplálkozást befolyásoló társadalmi szereplőinek viselkedése és annak megváltoztatására irányuló lehetséges beavatkozási irányok hálóját az iskolakert-program példáján keresztül] Az ábra az iskolakert kialakításának példáján keresztül szemlélteti a kiválasztott célcsoport egészségtelen táplálkozását befolyásoló társadalmi szereplők viselkedéseit és azok megváltoztatását célzó iskolakert-beavatkozás többirányú, több társadalmi szereplő bevonásával megvalósuló folyamatának modelljét. Az ábra kulcsszereplői a kör alakzatban elhelyezett különböző társadalmi szereplők, valamint közepén, a kiválasztott célcsoport (5. osztály 1. csoportja), amelynek megváltoztatandó viselkedését (egéségtelen táplálkozás) társadalmi szereplők vi-

selkedésével, illetve beavatkozásával kívánunk megváltoztatni. Minden társadalmi szereplőnél megjelennek az azonosított – adott társadalmi szereplő egészséggel kapcsolatos viselkedését negatívan befolyásoló tényezők. Az ábrán szereplő nyilak a társadalmi szereplők egymásra gyakorolt hatását, befolyását szemléltetik, egy-egy lehetséges beavatkozási tevékenység példájával kiegészítve, amely az azonosított negatív befolyásoló tényezőket igyekszik pozitív irányba befolyásolni. A nyilak – a célcsoport kivételével – kétirányúak, amely azt hivatott jelölni, hogy az adott társadalmi szereplők viselkedésükkel – például társadalmi felelősségvállalásukkal (CSR – *Corporate social responsibility*) – és tevékenységeikkel nem csak az adott célcsoport viselkedését, hanem egymás viselkedését is befolyásolhatják tevékenységeiken keresztül.

Az ábra szerkesztésével a szerzők egy adott viselkedés befolyásoló tényezőinek és azok kezelésének komplexitását/összefüggéseit igyekeztek szemléltetni.

Ezt követően az egészségkockázatot jelentő viselkedések megváltoztatását célzó lehetséges beavatkozási irányok azonosítása történik. [4. - 9. táblázat]

5. ábra: Az 5. osztály egészségtelen táplálkozást befolyásoló társadalmi szereplőinek viselkedése és annak megváltoztatására irányuló lehetséges beavatkozási irányok hálóját az iskolakert-program példáján keresztül



Forrás: Csizmadia P. et al (2014) Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló c. tanulmánya alapján saját szerkesztés

4. táblázat: Segéd tábla az 5. osztályos tanulók 1. csoportjában megváltoztatni kívánt közvetlen viselkedést befolyásoló tényezők és a megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK ⁱ	MEGVALÓSÍTÓK
Fizikai képesség	n.r. ⁱⁱ	n.r.	n.r.
Pszichológiai képesség	Lehangolt érzelmi állapot, alvásproblémák, önbizalomhiány, megküzdési képességek hiányosságai.	Sikerélményt kínáló, bevonó közösségi programok szervezése (pl. iskolakert program kiépítése).	Iskola (kiemelt közintézmény); Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
Fizikai környezet	Hozzáférés az egészségkockázatot jelentő élelmiszerekhez (szénsavas üdítőitalok, chips), otthon, iskolában, üzletekben.	Egészségkockázatot jelentő élelmiszerekhez való hozzáférés korlátozása az iskolában (pl. iskolai büfé és a közétkeztetés kínálatának szabályozása, iskolakert program kialakítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek.
Társas környezet	Alacsony társadalmi-gazdasági státusz, negatív szülői és kortárs minta.	Szülők és kortársak oktatása az egészségbarát táplálkozással kapcsolatos ismeretekről (pl. a családdal közösen megoldandó házi feladatok, ismeretterjesztő foglalkozások, előadások).	Iskola (kiemelt közintézmény); Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
Reflektív motiváció	Iskolához kapcsolódó negatív attitűd.	Iskolai sikerélmények biztosítása, önbizalom erősítése (pl. számítógépes verseny, ételkészítési verseny).	Iskola (kiemelt közintézmény); Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
Automatikus motiváció	Önbizalomhiány, megküzdési képességek alacsony szintje.	Támogató, befogadó iskolai légkör kialakítása (pl. önbizalom és megküzdést elősegítő oktatási módszerek alkalmazása).	Iskola (kiemelt közintézmény)

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ alapján, saját szerkesztés

ⁱ A beavatkozás jelen értelmezésében csupán irányokat jelöl ki, amelynek részletes kifejtése és megtervezése a döntéshozók, szakemberek és további érdekhordozók együttműködésén kell alapulnia a továbbiakban.

ⁱⁱ n.r. = nem releváns, az adott dimenzióban nem értelmezhető

5. táblázat: Segéd tábla az iskolának (mint kiemelt közintézménynek) az 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló más társadalmi szereplők együttműködésbe való bevonás hiányának megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
Fizikai képesség	Iskolai étkeztetés infrastruktúrája, iskolai étkeztetés és büfé termékinálata az egészség szempontjából nem megfelelő; Iskolai számítógépes infrastruktúra hiányosságai.	Infrastruktúra fejlesztésének és ételkínálat átalakításának támogatása (pl. tankönyv kialakításához, iskolakert kiépítéséhez anyagi támogatása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek.
Pszichológiai képesség	Pedagógusok egészséggel kapcsolatos ismereteinek hiányosságai; Iskolai egészségkultúra kialakításához szükséges pedagógiai módszertani problémák; Pedagógusok szakmai hiányosságai.	Pedagógusképzés egészség szempontú fejlesztése (pl. egészségbarát táplálkozással, megküzdési képességekkel); Pedagógusok pszichés képességeinek és készségeinek fejlesztése (pl. szupervízió, csoportfoglalkozások); A pedagógusképzés és foglalkoztatás felvételi kritériumának szigorítása (pl. pszichológiai alkalmasság kiemelt súlyozása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
Fizikai környezet	Környező élelmiszerboltok kínálatának hiányosságai; Külső sportlétesítmények, közösségi terek, helyiségek hiányosságai.	Környező élelmiszerboltok egészségbarát kínálatának kialakítása (pl. termékeknek az üzlet polcain való egészségbarát elhelyezése; szabályozás, adókedvezmények); Külső sportlétesítmények, közösségi terek, helyiségek, eszközök iskolások számára hozzáférhetővé tétele (pl. sportszerek, klubhelyiségek megnyitása az iskola és a lakosság számára).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek.
Társas környezet	Az adott iskola (mint kiemelt közintézmény) és más közintézmények (pl. iskolák), szervezetek, valamint a helyi média és gazdasági szereplők együttműködésének gyengeségei.	Iskolán kívüli társadalmi szereplőkkel való együttműködés fejlesztése (pl. iskolák közötti vetélkedők szervezése, intézménylátogatások); Iskolának a helyi közösségben történő szerepvállalása (pl. számítógép-kezelés oktatása idősebbeknek, könyvtár, tornaterem megnyitása a lakosság számára); Helyi média és az iskolai média közös szerepvállalása (pl. az egészséggel kapcsolatos üzenetek terjesztése, közös kampányok).	Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
Reflektív motiváció	Nem érdekelt a másokkal való együttműködésben.	Egészségbarát iskolai kultúra kialakításának és más társadalmi szereplőkkel történő együttműködés ösztönzése (pl. teljes körű iskolai egészségfejlesztést ^{iii,9} támogató pályázatok kiírása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek
Automatikus motiváció	Más társadalmi szereplőkkel való együttműködés kultúrájának gyengesége.	Együttműködés lehetséges korlátainak lebontása (pl. az iskola nagyobb önállóságának biztosítása szabályozással); Helyi társadalmi szereplők iskolákat támogató tevékenységének ösztönzése (pl. adókedvezmény a helyi gazdasági szereplőknek a közétkeztetésben való részvétellel).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ alapján, saját szerkesztés

ⁱⁱⁱ A teljes körű iskolai egészségfejlesztés megvalósítását – összhangban a Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptióval (<http://projektek.egeszseg.hu/web/tie/tudastar>) – a tanulók testi és lelki egészségére, a teljes iskolai közösségre, több társadalmi szereplő bevonására vonatkozóan értelmezik.

6. táblázat: Segéd tábla a gazdasági szereplőknek 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló egészségkockázatot jelentő élelmiszer, étel termelésének, gyártásának, forgalmazásának megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
Fizikai képesség	Egészségkockázatot jelentő élelmiszerek előállítására alkalmas berendezések, eljárások alkalmazása.	Egészségbarát élelmiszer, étel előállításához, kínálatához szükséges infrastruktúra fejlesztése (pl. gyártósor átalakítása, célzott kormányzati pénzügyi ösztönzők alkalmazása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők.
Pszichológiai képesség	Élelmiszerek, ételek egészségkockázati jellemzőinek csökkentéséhez szükséges ismeretek hiányosságai; Az egészségkockázatot jelentő termékek reklámozása, hirdetésének lehetősége és gyakorlata.	Élelmiszerek, ételek egészségkockázati jellemzőinek csökkentéséhez szükséges ismeretek átadása (pl. egészségbarát közétkeztetéssel kapcsolatos előadások tartása, tájékoztató anyagok, ajánlások eljuttatása); Az egészségkockázatot jelentő termékek reklámozásának, hirdetésének korlátozása (pl. médiatörvény vonatkozó rendelkezéseinek szigorítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
Fizikai környezet	Egészségbarát élelmiszerek, ételek hozzáférhetőségeinek nehézségei, ill. ilyeneket előállító, forgalmazó, szolgáltató gazdasági szereplők hiánya.	Egészségbarát élelmiszerek, ételek hozzáférhetőségeinek növelése (pl. adókedvezmények biztosítása a magas tápértékű élelmiszerek előállításához).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők.
Társas környezet	Egészségbarát élelmiszereket, ételeket előállítók, forgalmazók, szolgáltatók gazdasági versenytársainak hiánya; Egészségtudatos lakosság hiánya.	Egészségbarát élelmiszereket előállítók, forgalmazók, szolgáltatók közötti gazdasági verseny előmozdítása (pl. egészségbarát technológiát alkalmazó vállalkozások indításának támogatása); Egészségtudatosság növelése oktatás, képzés, kommunikációs kampányok által.	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
Reflektív motiváció	A termelők, gyártók, forgalmazók, szolgáltatók nem érdekeltek eléggé az egészségbarát szempontoknak való megfelelésben.	A gyártók, termelők, forgalmazók, szolgáltatók támogatása az egészségbarát élelmiszerek, ételek hozzáféréseinek növelése érdekében (pl. adópolitika, beruházás támogatása); A verseny növelésének elősegítése az egészségbarát élelmiszerek, ételek piacán (pl. kormányzati szabályozás); Fogyasztói elvárások, igények növekedésének elősegítése (pl. média kampányok, közintézmények állásfoglalásai).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Média.
Automatikus motiváció	Az egészség értékének a vállalkozási kultúrában megfigyelhető hiánya.	Az egészség értékének vállalkozási kultúrában történő érvényesülésének elősegítése (pl. a fogyasztók egészségét még inkább szem előtt tartó élelmiszer-címkék jogszabályi előírása ^{iv}).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők; Média.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ alapján, saját szerkesztés

^{iv} A jogszabály az egészség megőrzését támogatja, ezáltal az adott kultúrában élők, így a gazdasági döntéshozók gondolkodását és viselkedését is befolyásolja.

7. táblázat: Segéd táblázat a kormányzat és képviselőtestületek 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló jogszabályalkotási és finanszírozási tevékenységének megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
Fizikai képesség	n.r.	n.r.	n.r.
Pszichológiai képesség	Egészségkockázatot jelentő élelmiszerekhez, ételekhez és az egészségbarát táplálkozáshoz kapcsolódó ismeretek hiányosságai.	Az egészségbarát táplálkozás előmozdításához szükséges döntéshozókat célzó ismeretek biztosítása, ajánlások előállítása, eljuttatása (pl. döntéshozó-kutató találkozók szervezése).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
Fizikai környezet	n.r.	n.r.	n.r.
Társas környezet	Az együttműködés hiányosságai az egészségbarát táplálkozásban érintett más társadalmi szereplőkkel a döntéshozás során; Gazdasági szereplők egészségkockázatot növelő lobbitevékenysége.	Más társadalmi szereplők, ágazatok bevonása a döntés-előkészítésbe (pl. egészségügyi szaktanácsadók alkalmazása a döntés-előkészítésben); A döntés-előkészítés nyilvánosságának biztosítása (pl. nyílt egyeztetések, nyilvános szerződések).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők; Média.
Reflektív motiváció	A döntéshozók számára nem feltétlenül elsőrendű érdek az egészségbarát táplálkozás előmozdítása.	A döntés-előkészítésben és döntéshozásban résztvevők egészségbarát táplálkozással kapcsolatos attitűdjének kedvező irányú változtatása (pl. médiakampány az élelmiszercímkezés javításáért).	Közintézmények, szervezetek; Média.
Automatikus motiváció	Az egészség értékének a döntéshozás kultúrájában megfigyelhető hiányosságai.	Az egészség értékének a döntéshozás kultúrájában történő növelése (pl. jogszabály az egészségügyi ágazati szereplők bevonására, szakértők alkalmazására a döntés-előkészítésbe).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ alapján, saját szerkesztés

8. táblázat: Segéd táblázat a közintézmények, szervezetek 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló tudás-előállító és átadó tevékenységének megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
Fizikai képesség	Hiányos az infrastruktúra, anyagi és humán erőforrás az egészségbarát táplálkozás előmozdításához szükséges vizsgálatok elvégzéséhez.	Infrastruktúra, anyagi és humán erőforrás fejlesztése az egészségbarát táplálkozás előmozdításához szükséges vizsgálatok elvégzéséhez (pl. költségvetési keret növelése, kutatások megrendelése, projektek kiírása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
Pszichológiai képesség	Egészségbarát táplálkozás előmozdításával kapcsolatos és a tudásátadás módszereire vonatkozó ismeretek hiányossá-gai.	Egészségbarát táplálkozás előmozdításával kapcsolatos és a tudásátadás módszereire vonatkozó ismeretek fejlesztése (pl. szakmai fórumok rendezése, továbbképzések tartása, interdiszciplináris munkacsoportok kialakítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők.
Fizikai környezet	n.r.	n.r.	n.r.
Társas környezet	Más társadalmi szereplők szakmai elismerésének, bizalmának hiánya.	Szakmai elismerés, bizalom növelését célzó tudományos tevékenységek támogatása (pl. tájékoztatás tudományos sikerekről, részvétel más társadalmi szereplők problémáinak megoldásában).	Közintézmények, szervezetek; Média.
Reflektív motiváció	Más társadalmi szereplőkkel való együttműködés egészségbarát témában előforduló érdekellentétei; Szakmai konszenzus hiánya.	Az egészséget támogató együttműködés érdekeltiségeinek megteremtése (pl. együttműködési kötelezettség jogszabályban történő lefektetése); Szakmai álláspontok közelítését célzó egyeztetések szervezése (pl. kerekasztal beszélgetések szervezése).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők.
Automatikus motiváció	A szakmai igényesség, más társadalmi szereplőkkel való együttműködés kultúrájának gyengesége.	Szakmai verseny és együttműködés előmozdítását célzó intézkedések (pl. szakmai minősítési rendszer bevezetése, élethosszon át történő tanulás előmozdítása; együttműködés lehetséges korlátainak lebontása (pl. nagyobb önállóság biztosítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ alapján, saját szerkesztés

9. táblázat: Segéd táblázat a média 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló kommunikációs tevékenységének megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	MEGVÁLTOZT KÍVÁNT VISELKEDÉS	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOKMILYEN BEAVATKOZÁSOKRA VAN SZÜKSÉG?	MEGVALÓSÍTÓK
Fizikai képesség	n.r.	n.r.	n.r.
Pszichológiai képesség	A médiamunkások nem megfelelő, kevésbé hiteles forrásból származó egészséggel kapcsolatos ismeretei.	Hiteles egészséggel kapcsolatos ismeretek nyújtása a médiamunkásoknak (pl. speciális képzések, rendszeres sajtóreggelik, háttérbeszélgetések); Hiteles egészséggel kapcsolatos üzenetek biztosításának szabályozása.	Közintézmények, szervezetek; Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.
Fizikai környezet	n.r.	n.r.	n.r.
Társas környezet	Gazdasági szereplők egészségkockázatot jelentő hirdetései; Gazdasági szereplők lobbijének köszönhető hirdetéseket nem eléggé korlátozó szabályozás; Nem eléggé egészségbarát fogyasztói elvárások.	Egészségbarát hirdetési szabályozás bevezetése (pl. jogszabályok szigorítása, adópolitika); A lakosság egészségkultúrájának fejlesztése (pl. közpénzből támogatott tv műsorok, iskolakeretek, tankönyhák).	Közintézmények, szervezetek; Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.
Reflektív motiváció	Nem eléggé érdekeltek az egészségbarát táplálkozással kapcsolatos kommunikációban.	Egészségbarát táplálkozásra ösztönző médiatevékenységekre pályázati források biztosítása.	Közintézmények, szervezetek; Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.
Automatikus motiváció	Az egészség értékének a média kultúrában megfigyelhető hiányosságai.	Az egészségbarát médiakultúra kialakulásának előmozdítása, a média belső változási igényének megteremtése (pl. a lakosság egészségét még inkább szem előtt tartó tartalmak előállítása).	Gazdasági szereplők; Média.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató⁸ alapján, saját szerkesztés

A következő és egyben a beavatkozás megvalósítását megelőző további lépés az intervenciók funkciók ún. APEASE kritériumoknak, úgy, mint *affordability* (megfizethetőség), *practicability* (alkalmazhatóság), *effectiveness* és *cost-effectiveness* (hatékonyság, költség-hatékonyság), *acceptability* (elfogadhatóság); *side-effects/safety* (mellékhatások/biztonság), *equity* (igazságosság) való megfelelés-vizsgálata. Utóbbi minden társadalmi szereplő által érintett beavatkozás tervezésének folyamatába illetve szükséges szem előtt tartani.

A fenti táblázatban szereplő iskolakert kiépítésének – mint egy lehetséges jövőben kidolgozásra váró beavatkozási irány – példáját kiragadva, a teljeskörűség és kidolgozottság igénye nélkül, az APEASE kritériumok érvényesülését vizsgálták a szerzők az alábbiak szerint:

- a megfizethetőség szempontja abban az esetben teljesülhet, ha erre a célra megtörténik a forrásallokáció (pl. kormányzati infrastruktúra-beruházás útján);
- az alkalmazhatóság teljes mértékben megfelelőnek tűnik, mivel iskolakertek országsszerte több település iskolájában sikeresen megvalósultak már és működnek napjainkban is;
- a hatékonyság és költség-hatékonyság szempontjának érvényesülésére azonban nem állnak rendelkezésre adatok;
- az elfogadhatóságát előre láthatólag nem akadályozza a lakosság, sem pedig szakmai, politikai érdekek;
- nem mutatható ki összeférhetetlenség a hatályos jogszabályokkal és szakmai irányelvekkel sem;
- az esetlegesen felmerülő mellékhatások és biztonságosság tekintetében, az iskolakert művelése közben előforduló sérülés és baleset kockázata reális, bekövetkezése nem zárható ki;
- a beavatkozás méltányossággal kapcsolatos elvárásai maradéktalanul megvalósulnak, ugyanis az iskolakert a különböző társadalmi-gazdasági státuszú gyermekek ismereteit, társas készségeit, fizikai és lelki képességeit (testi és lelki egészségét) egyaránt fejlesztheti.

MEGBESZÉLÉS

A jelenleg felvázolt módszer egy viszonylag újszerű megközelítés, amely a hatékony beavatkozások ki-fejlesztése érdekében a tervezéshez kapcsolódó gondolkodást vezetheti. Az alkalmazott modell integrálja az elmúlt évtizedek magatartás megváltoztatására vonatkozó számos elméletét.^{10,11} A modell kidolgozására az elméleti és az alkalmazott pszichológia neves szakembereinek egy csoportja vállalkozott a 2000-es évek elején.¹² Az áttekintett elméletek összegzésével Michie és munkatársai megalkották a COM-B modellt, amely leírja az egészségmagatartás és az azt befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét.¹³ Az eredeti közleményben egyénekre és közösségekre tervezték, a szerzők azonban ettől eltérően kitágították értelmezési keretét a társadalmi szereplőkre is. Azonban az így kifejlesztett módszer alkalmazásának működőképességével és hatásosságával kapcsolatos mérések jelen közlemény keretein túlmutatnak. Az ily módon tervezett beavatkozások megközelítésének helyességét a továbbiakban hatásvizsgálatokkal lehet igazolni.

A szerzők által javasolt módszertannal komplex, több szintű és több társadalmi szereplő bevonásával hatásosnak ígérkező beavatkozások jelölhetők ki a társadalmi szereplők döntéshozói számára.

Fenti megállapításhoz csatlakozik Ban Ki-moon ENSZ főtitkár álláspontjával összhangban lévő, a Lancet folyóiratban közölt bizottsági közlemény¹⁴ is. A közlemény szerint a legerőteljesebb beavatkozásnak a serdülők egészsége és jólléte érdekében ágazatközinek, többszintűnek, valamint több alkotóelemmel rendelkezőnek kell lennie. Emellett a fiatalokat el kell kötelezni és képessé kell tenni arra, hogy részt vegyenek a felelősségvállalásban és a változás elérésében. Az új megközelítés strukturális, média, közösségi, online, iskolai elemeket valamint megelőző és egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatásokat tartalmaz. A Globális Stratégia szintén hangsúlyozza a felelősségvállalás fontosságát, az innovatív finanszírozás szükségességét és legfőképpen a – jelen közleményben társadalmi szereplőknek nevezett – érdekhordozók összehozását, beleértve magukat a serdülőket, mint a változás ügynökeit. Annak érdekében, hogy hatékonyan munkálkodjunk a serdülőkért a serdülőkkel, fontos az egészségügyi, oktatási, foglalkoztatási, kormányzati

és egyéb ágazatok érdekhordozóinak elkötelezése.¹⁵

Fontos megjegyezni, hogy egy adott célcsoport/társadalmi szereplő megváltoztatni kívánt viselkedését befolyásoló tényezők azonosítása során alkalmazott COM-B módszer tényezői – különös tekintettel a reflektív és automatikus motivációra – szintén hatással vannak egymásra. A társas környezet motivációs tényezői (pl. kulturális különbségek, hiányosságok az egészséges táplálkozást illetően) befolyásolják az egyén automatikus motivációját és visszahatnak arra, amely meghatározza a viselkedésüket, szokásaikat. Ha a társas motivációt képesek vagyunk befolyásolni, azzal elősegíthetjük az egyén automatikus, önmagára irányuló motivációjának (pozitív) változását is.

A társas motivációra hatással van a kultúra (szokások, elfogadott szerepek, normák, szabályok) me-

lyet akkor lehet a leghatékonyabban megváltoztatni – az egészséges táplálkozás tekintetében is –, ha a társadalom többi szereplőjét bevonva, azok rendelkezésre álló eszközeinek alkalmazásával történik a beavatkozás, ily módon megvalósítva a többszintű, több irányból történő beavatkozás igényét.

Jelen közlemény az egészségstílusokhoz illesztett beavatkozások azonosításához igyekszik segítséget nyújtani a népegészségügy szakemberei számára, annak érdekében, hogy a jövőben jól átgondolt, megtervezett beavatkozások kerüljenek megvalósításra több szinten, több ágazat, több társadalmi szereplőjének bevonásával. A népegészségügyi szakembereknek kulcsfontosságú szerepe van – módszertani, döntéstámogató szerepük mellett – a fenti szereplők párbeszédének elindításában, valamint a komplex beavatkozások körültekintő megtervezésének és megvalósításának menedzselésében.

¹ Eszter Balku et al. Egészségjelentés2015. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015, Budapest.

http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/asssets/files/news/egeszsegjelentés-2015.pdf (Elérve: 2016.06.09.)

² Balku E et al. Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. – Felnőtt felmérés. Egészségfejlesztés, 57. évf. 2. szám (2016)

³ Balku E et al. Healthstyle survey for segmenting Hungarian schoolchildren and adults – Methodology. Journal of Public Health (közlésre megküldve)

⁴ Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011; 6: 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42

⁵ Kimmel Zs., Vitrai J: Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. Egészségtudomány, IIX. Évfolyam, 2015. 3. szám

⁶ Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J: Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben. Egészségfejlesztés. Budapest. 2015/5-6. 2-13. oldal.

⁷ Csizmadia P, Dr. Varsányi P, Ferencz M, Vitrai J. Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló, Egészségfejlesztés, 2014;5-6:10-14

⁸ Michie S, Atkins L, West R The Behaviour Change Wheel. A Guide to Designing Interventions (2014) Silverback Publishing <http://www.behaviourchangewheel.com/> (Elérve: 2016.06.10.)

⁹ Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptióval <http://projektek.egeszseg.hu/web/tie/tudastar> (Elérve: 2016.07.12)

¹⁰ Glanz K, Rimer BK. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. Heal San Fr. 2005;83:52. doi: 10.1128/MCB.25.21.9532

¹¹ Morris et al. 2012 Applies Soil Ecology Elsevier, Volume 60. 2012. September

¹² Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. Qual Saf Health Care, 2005;14:26–33. doi: 10.1136/qshc.2004.011155

¹³ Michie S, Abraham C. Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? Psychol Health. 2004;19:29–49. doi: 10.1080/0887044031000141199

¹⁴ Patton GC et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet. 2016;387:2423–2478.

¹⁵ Ban Ki-moon. Sustainability—engaging future generations now. The Lancet. 2016;387:2356–2358, 11
DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30271-9